Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 1 - 1985

Voorwoord

1985 is het jaar van het Pausbezoek aan de Benelux, en meer bepaald aan België: Brussel, Wallonië en Vlaanderen.
De voorbereidingen zijn volop aan de gang en het flitsbezoek aan Brussel, Antwerpen, Gent, Ieper, Leuven zal met luister gepaard gaan, die vlug zal voorbijgaan en uitdeinen, gevolgd door een verwerken, bezinken en verteren met zijn terugslag op het verdere leven van onze evoluerende maatschappij.

Wij geneesheren, wij leden van Sint Lucas, zijn niet alleen als gewone burgers betrokken bij het bezoek van het Hoofd van de katholieke kerk, dat tevens Staatshoofd is. De verhouding kerk en staat heeft zijn invloed op het uitoefenen van de geneeskunde, ons geweten, deontologie, onze verhouding met kerkelijke structuren die betrokken zijn met de medische daad zoals de katholieke geest waarmee sociale organisaties doordrenkt zijn. Denk aan de thuisverzorging door het Wit-Geel Kruis, de ziekenhuizen van Caritas Catholica en de Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten. De invloed van het Concordaat Rome - Napoleon van 1801 behoort tot de structuur van het wettelijk kader.
De katholieke geest leeft in materiële structuren en komt ook tot uiting in de wetten die het uitoefenen van de geneeskunde regelen, de wet op het uitoefenen van de geneeskunde met de Provinciale geneeskundige commissie en de wet op de Orde der geneesheren met zijn Provinciale commissie, commissie van beroep en Nationale Raad.
Ofschoon wij *individueel* onze geneeskundige daad in eer en geweten moeten stellen, zijn wij sterk door de wettelijke structuren gebonden. Vergeten we niet dat het indidueel geweten ons zo kwetsbaar maakt zoals blijkt uit art. 1 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

> «De geneeskundige plichtenleer is het geheel van de beginselen, gedragsregelen en gebruiken die iedere geneesheer moet eerbiedigen of als leidraad nemen bij het uitoefenen van zijn beroep.»

Onze individuele vrijheid met haar beroepsgeheim is tevens een keurslijf waardoor wij meer dan andere vrije beroepen gebonden zijn, ook materieel en financieel. Men beeldt de geneesheer gaarne uit als de barmhartige Samaritaan, doch anderzijds wordt op ons toegepast: «Een dokter is een engel zolang hij U geneest, een duivel wordt hij als gij hem moet betalen» of die andere boetade: «God geneest en de dokter strijkt het geld op».

Het materiële keurslijf van de geneesheer is als het ware sterker aangesnoerd naarmate de medische wetenschap vooruitgang boekt en de toepassing ervan met steeds zwaardere financiële middelen gepaard gaat. Deze financiëring van de medische daad geschiedt meer en meer, ja praktisch uitsluitend, met vreemde middelen. Zie naar de evolutie van de gespecialiseerde geneeskunde in de ziekenhuizen en de financiëring door de sociale ziekteverzekeringen.

In 1940 leidde Prof. Dr. René Wybauw het werk: «la profession médicale et l'Ordre des Médecins» van Jacques W. Serruys, Avocat à la Cour d'Appel de Bruxelles in. Klemtoon werd gelegd op de noodzaak van de provinciale geneeskundige commissies en de Orde van geneesheren: «De problemen, in verband met het uitoefenen van ons beroep worden ingewikkeld, innemend en zelfs beangstigend. Bij de

vraagstukken van het beroepsgeheim en de beroepsverantwoordelijkheid, enz., ontstaan nieuwe problemen wegens de nieuwe geneeskundige organisatie van de gemeenschap. De bezorgdheid om de moderne geneeskundige vooruitgang therapeutisch en diagnostisch in de breedste zin ten dienste te stellen van alle medeburgers, schept nieuwe noodwendigheden...».

Wat zou Prof. Dr. René Wybauw nu in 1985, 45 jaar later zeggen over onze vertechniseerde geneeskunde met zijn scanners, enz...!

Ter gelegenheid van het Pausbezoek valt te overwegen: het waardevolle van een christelijke traditie bij het uitoefenen van de geneeskunde kan men negeren. Men kan het ook wurgen door de greep van een verouderde reglementatie van de beginselen, gedragsregelen en gebruiken, of door de greep van niet adekwaat aangepaste sociale, economische en financiële structuren, evengoed als met het voorbijzien van ethische waarden (*).

Onze individuele deontologische plichten zijn ongetwijfeld moeilijk te beperken tot provinciale grenzen van de twee gemeenschappen en drie gewesten.

Dr. Gerard VANDENBERGHE

(*) De medische ethiek in opspraak. Dr. J. KLUYSKENS, Voorzitter Provinciale Geneeskundige Commissie van Oost-Vlaanderen.

Vastentijd of veertigdagentijd?

De voorbereidingstijd op het Paasfeest werd traditioneel **vastentijd** genoemd. De laatste jaren is het woord evenwel verdrongen door het neutralere **veertigdagentijd** (Van Dale, Kramers, Larousse vermelden het (nog) niet, Verschueren wel). Hiermee wordt teruggegrepen naar het latijnse **quadragesima**, dat letterlijk betekent veertigste (dag). Die dag viel (en valt nog) op de eerste zondag na de eerste volle maan in de lente, zondag welke wij eerste Paasdag noemen en waarop het feest van 's Heren opstanding gevierd wordt. Het rangtelwoord is vervolgens overgegaan op de gehele periode van vóór het Paasfeest, zodat wij nu spreken van veertigdaagse — of veertigdagentijd.
Deze veertigdagentijd werd in de kerkelijke jaarcyclus opgenomen naar analogie met de tijd die Jezus, volgens de tekst van de synoptische evangeliën, bij het begin van zijn openbaar leven, in de woestijn heeft doorgebracht (Mattheus 4, 1-11; Markus 1, 12-13; Lukas 4, 1-13) waar Hij 'veertig dagen verbleef en door de duivel op de proef werd gesteld'.
De drie bestanddelen: **veertig dagen**, **woestijn** en **beproeving** zijn een verwijzing naar de veertig jaren die de Joden, op hun tocht vanuit de slavernij in Egypte naar het beloofde land Kanaän, in de woestijn hebben vertoefd, waar hun geloof in Jahweh op zware proef werd gesteld. Bovendien zijn de antwoorden die door Mattheus en Lukas bij de drievoudige bekoring Jezus in de mond werden gelegd, alle citaten uit het boek **Deuteronomium**, waarin precies het veertigjarig verblijf van Israël in de woestijn wordt verhaald. De overeenkomst is duidelijk.
De overeenkomst, ja, maar ook het verschil. Terwijl het verhaal van de veertigjarige beproeving een dramatisch beeld geeft van het ongeloof en de afval van het Joodse volk, onderstreept de evangelietekst de lijnrechte trouw van Jezus aan de opdracht van Zijn Vader. Zoals ieder menselijk wezen werd ook Jezus bekoord om **zijn** weg te gaan, de weg van het narcisme, van de publieke bijval, van de oppervlakkige verwachting der mensen. Maar dat doet Hij niet. Zijn weg is de weg van de Vader, de weg van de zelfont**lediging** om plaats te maken voor de wil van de Vader en de zorg voor de mensen.
Leven in geloof betekent leven in beproeving. Levend geloof is hetzelfde als beproefd geloof. Beproeving is de grote levenswet. Niet alleen voor de mens, maar voor al het geschapene. De deugdelijkheid van een wagen blijkt niet uit de glimmende netheid achter een uitstalraam, maar in de «beproeving» van de met hindernissen bezaaide weg. De veertigdagentijd is derhalve een echte vastentijd, een tijd waarin wij de zin van onze bestemming **vaster** in ons leven zoeken te gronden naar het voorbeeld van Jezus. Dan, en dan alleen zal ons leven **verrezen** leven zijn.

P. Van Roy s.j.

Medische Afdeling Thijmgenootschap, Katholieke Artsen Vereniging

Studiedag:
Rond het sterven: ethiek, geloof en praktijk

Zaterdag 16 maart 1985
Nijmegen

Inleiding

'Rond het sterven: ethiek, geloof en praktijk' is de titel van de tweede studiedag die de Medische Afdeling van het Thijmgenootschap, de Katholieke Artsen Vereniging (K.A.V.), organiseert in de cyclus: 'Vorderingen in de geneeskunde en hun ethische implicaties'.
Wij hebben echter niet alleen te maken met de vorderingen in de geneeskunde, maar ook met de ontwikkelingen in de maatschappij, die elkaar onderling beïnvloeden. Veel vragen komen af op allen die door hun beroep met het sterven te maken hebben. Vragen, waarop niet zomaar een antwoord te geven is. Het gaat om problemen met belangrijke ethische, religieuze, maatschappelijke en medische consequenties.

Wij hopen dat ook deze keer via informatie en diskussie een bijdrage geleverd kan worden aan een voortgaande gedachtenvorming.

De organisatiekommissie.

Programma

9.00 Ontvangst, registratie en koffie.

10.00 Opening
Inleiding door J.A.J. Stevens, voorzitter K.A.V.

10.15 *Veranderde opvattingen rond het sterven*
Prof. Dr. A.G.M. van Melsen, Emeritus hoogleraar Wijsbegeerte K.U., Nijmegen

11.00 *Ethische problemen rond het sterven*
Dr. M. de Wachter, Directeur Instituut voor Gezondheidsethiek, Maastricht

11.45 Diskussie o.l.v. Prof. W. Klijn, hoogleraar Katholieke Theologische Hogeschool, Amsterdam

12.15 Lunchpauze

13.30 *De medicus rond het sterven*
- J.Th.M. Gribnau, huisarts Arnhem: *sterven thuis*
- Prof. Dr. C. van der Meer, hoogleraar Inwendige Geneeskunde V.U. Amsterdam: *sterven in het ziekenhuis*
- Mevr. M.E.C.P. van den Boogerd, verpleeghuisarts 'St. Joachim en Anna', Nijmegen: *sterven in het verpleeghuis*

14.30 *Pastorale visie rond het sterven*
B.A.M. Peters, pr. pastor Maria Stichting, Haarlem

15.15 Thee

15.45 Diskussie o.l.v. Prof. W. Klijn

16.30 Sluiting
Aperitief

Algemene informatie

Organisatie
De studiedag wordt georganiseerd door de Medische Afdeling van het Thijmgenootschap, met medewerking van het Congresbureau van de Katholieke Universiteit Nijmegen

Organisatiekommissie
W.Th.F. Filippini
Dr. V.G.H.J. Kirkels
Mevr. J.B. Lampe
B.W.A. Lucas
Prof. J.J.M. Michels
Mevr. J.A.M. van Namen-Vrijenhoek
J.H.A.M.C. Schoenmaeckers
Mevr. V.I.M.H. Wagenaar

Sekretariaat
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
t.a.v. Mevr. D. Boerboom
Direktie-sekretariaat
Sint Annastraat 289
6525 GT Nijmegen
telefoon (080) 569512

Plaats
De studiedag wordt gehouden in het Preklinisch Hoofdgebouw van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Deelname
De studiedag staat open voor leden van het Thijmgenootschap, voor artsen met een katholieke of protestant-christelijke levensbeschouwing, voor pastores, verpleegkundigen, overige geïnteresseerden en voor studenten. Het inschrijgeld bedraagt f 50,— (voor leden van de Medische Afdeling van het Thijmgenootschap en voor studenten f 25,—) en is inklusief programma, koffie, thee, lunch, aperitief en verslag achteraf.

Betaling
Het inschrijfgeld dient tegelijk met uw aanmelding vóór 1 maart 1985 te worden voldaan door overmaking van f 50,— (25,— voor leden van de Medische Afdeling van het Thijmgenootschap en voor studenten) op rekening nr. 44.27.35 839 van de Amrobank te Nijmegen (postgiro nummer van de bank 84 87 00) ten gunste van de penningmeester Medische Afdeling Thijmgenootschap met vermelding van 'Studiedag 16 maart 1985'.

Verslag
De inleidingen worden gepubliceerd en te zijner tijd, na de studiedag, aan de deelnemers toegestuurd.


Côte d'Or
Quality Since 1883

Het Thijmgenootschap

Het Thijmgenootschap, in 1904 opgericht op initiatief van I. Vogels s.j. onder de naam 'Vereniging tot het bevorderen van de beoefening der wetenschap onder de katholieken in Nederland', is voortgekomen uit de katholieke emancipatiebeweging en op gang gekomen sinds de tweede helft van de negentiende eeuw. Sinds 1947 draagt de vereniging de naam Thijmgenootschap, naar J.A. Alberdingk Thijm. Sinds 1969 is het lidmaatschap niet meer beperkt tot rooms-katholieken en zet het Thijmgenootschap als vereniging van akademici van christelijke confessie zich volgens de statuten in voor 'het bevorderen van die wetenschappelijke aktiviteiten die kunnen strekken tot een voortdurende vernieuwing van de samenleving in het licht van christus' boodschap'.

Genezen tijdens een genezingsdienst als onderdeel van een eucharistieviering volgens katholieke liturgie

Dr. Luc David
Kortrijk

Op zaterdag 29 september 1984 was ik één van de vele aanwezigen (2000 tot 3000) in de Laurenskerk te Rotterdam. Deze prachtige protestantse kerk nabij het station te Rotterdam was de plaats van samenkomst voor katholieken die de charismatische vernieuwing binnen de Rooms-katholieke Kerk genegen zijn. Reden voor dit treffen uit de Noordelijke en Zuidelijke Nederlanden was dat een pater, met in charismatische kringen alom erkend charisme voor genezing, zo'n genezingsdienst zou leiden. Zijn naam: Emiliano Tardif, missionaris van het H.Hart, Canadees van afkomst en lange tijd als missionaris werkzaam geweest in de Dominikaanse republiek. Sinds 1974 echter gaan zijn werkzaamheden vooral de richting uit van deze genezingsdiensten die hij leidt overal op de 5 kontinenten, nadat hijzelf plots door gebedsgenezing van een problematische longtuberkulose werd genezen.

Van de uitgebreide homilie zijn mij volgende zaken bij gebleven. Deze priester spreekt uiteraard autentiek christelijke taal: het gaat om Jezus als de Zoon van God en zijn evangelie. Jezus is en blijft de Redder, die de mensheid verlost heeft uit de macht van het kwaad door zijn kruisdood; door God, zijn Vader, werd Hij uit de dood terug tot leven gewekt en is Hij voor ons, christenen, de verrezen Heer. Hij is het die aan de christen het geestelijk leven schenkt. Hij is het die het Hoofd is van het mystiek lichaam dat de Kerk is. Deze Jezus houdt van alle mensen en ook nu gaat Hij al weldoende rond en geneest Hij zieken met bv. een pater Tardif als tussenpersoon. Jezus geneest door zijn Eucharistisch Lichaam (de gekonsakreerde Hostie). Gebeuren er trouwens ook geen genezingen in de bekende Maria-oorden? Dit alles blijft evenwel gevoelige materie.

De bedoeling van dit artikel is U, Kollega en lezer, dit fenomeen bekend te maken, voor zover dit nog niet het geval is. Deze manier van genezen is anders dan de rationele, wetenschappelijke manier waarop wij, geneesheren (de vrouwelijke kollega's inbegrepen), de geneeskunde willen beoefenen. De resultaten van gebedsgenezing zijn echter onmiskenbaar. Wil echter a.u.b. de moeite doen om te luisteren naar mensen die genezen werden van kreupelheid, blindheid, pijn enz. Natuurlijk zou het ideaal zijn dat men over een medisch dossier beschikt vóór en dan over een na de (gebeds)genezing. Maar als iemand eerst van haar kreupelheid genezen wordt (te Beauraing) zodat de rolstoel overbodig wordt en nadien ook nog van haar blindheid doordat over haar werd gebeden (= gebedsgenezing) zodat ze niet meer aan de hand moet voortgeleid worden, is dit geen formeel bewijs?

Ik ga verder met mijn oorspronkelijk relaas. Na de uitreiking van de H. Kommunie komt dan het moment: pater Tardif leidt de genezingsdienst. Hij verwittigt dat die personen die zullen genezen worden, dit zullen gewaar worden door het krijgen van een warmtegevoel t.h.v. de zieke plaats of orgaan. Hij zegt: «Er is iemand die last heeft van artrose in de nek en die zijn hoofd praktisch niet meer kan draaien naar rechts of naar links. De persoon in kwestie wordt nu door Jezus genezen.» Dan wacht hij enkele ogenblikken en vraagt dan dat de persoon die genezen werd zich kenbaar zou

maken door de arm op te steken. En jawel, het gebeurt! En zo gaat het verder op rustige toon: geen spoor van extase, van opwinding, van enig excentriek gedoe: precies een hoogleraar die deskundig en beheerst zijn lezing geeft. Zo waren er mensen die genezen van rugpijn, van hoofdpijn, van alkoholisme, van blindheid, van verlamming, ja, iemand zou genezen van kanker van de ingewanden (over verloop van weken). Telkens werd hen gevraagd dat ze God zouden prijzen en hun genezing zouden laten kennen. Tot zover het feitenrelaas.

Nog enkele bemerkingen: pater Tardif zegt dat niet allen van de aanwezige zieken en gehandikapten zullen genezen worden. Hij zegt dat Jezus hier en daar een teken (= genezing) wil geven, als uiting van Gods liefde. Niet te vergeten is de band die steevast bestaat tussen de verkondiging van het evangelie, de persoon van en de lofprijzing tot Jezus, tot de H. Drievuldigheid en deze vorm van genezing (genezingsdienst). Alles bijeen een tijd van diep geloof, van gebed, van vertrouwen en van geboeid toekijken naar dit wondere gebeuren. Tevens wordt telkens benadrukt dat wat de geneeskunde te bieden heeft langs dokters om, niet mag veronachtzaamd worden! Men kan evenwel 2 extreme houdingen aannemen in dit (voor de katholieke kerk) toch relatief nieuwe gebeuren: een totaal onkritische houding en een superkritische houding. Mijn mening hieromtrent: wie in Jezus, in God geloogt moet God God laten zijn, m.a.w. Hij kan toch meer dan wij, geneenskundigen, want Hij heeft goddelijke almacht. Wie zich niet nederig kan opstellen en niet de minste kinderlijke houding kan aannemen, zal aan deze feiten aanstoot nemen en ook niet zalig geprezen worden door Jezus zelf!

Algemene Vergadering van 19 oktober 1985

De geneesherenvereniging Sint-Lucas houdt haar jaarlijkse algemene vergadering op zaterdag 19 oktober 1985 in het Groot Seminarie van Doornik.

Aanvang: 14.30 u. Eucharistieviering: 18 u. Gemeenschappelijke maaltijd: 19 u.

Het thema van de vergadering luidt:
STABILITEIT VAN HET GEZIN EN TOEKOMST VAN DE SAMENLEVING.

Het gedetailleerde programma zal in het volgende nummer van ons tijdschrift meegedeeld worden.

Voor de dames wordt een bezoek aan de kathedraal en haar schatkamer voorzien onder de leiding van een bevoegde gids.

Weerhoudt nu reeds deze datum zodat wij met velen het feest van onze patroon kunnen vieren.

Verslag van:

International Congress of the World-federation of Doctors, who respect Human Life

gehouden te Oostende
van 5-7 oktober 1964.

Het aantal deelnemers was ±300 afkomstig uit 27 landen.
Het onderwerp was **Science and/et Conscience**, waarbij — U kunt dat terugvinden in het programma — de ethiek een grote rol speelt.

Bij de congresleiding waren boodschappen binnengekomen van Zijne Heiligheid Paus Johannes Paulus II en van Dhr en Mevr. Reagan. Er werd een filmpje vertoond, waarin President Reagan opriep tegen de massale abortus in de U.S.A.
Onder de overige reacties werd genoemd een schrijven van Mr Bär.

In dit verslag treft u aan:
- I Een samenvatting van de lezingen. Er waren een aantal overlappingen zodat ik om wille van het overzicht een aantal samenvoegingen gemaakt heb.
- II Enige nieuwe inzichten over de natuurlijke geboorteregeling.
- III Een samenvatting van enige gesprekken over de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap.
- IV Een aantal inzichten over de in-vitro-fertilizatie.

I. De lezingen

De inleiding op **Science et Conscience** werd vooral gevormd door Prof. Lejeune (geneticus, Parijs) en Dr A. van der Does de Willebois (Utrecht).
Lejeune sprak over: «Les maladies de l'intelligence.» Somatisch gezien voltrekken deze zich op drie niveau's:
- — op het niveau van de perceptienetwerken van de zintuigen
- — in de overdracht naar de hersenschors, waarbij vooral problemen kunnen ontstaan d.m.v. de chemische mediatoren
- — op het niveau van de hersenschors kunnen storingen op veel manieren plaatsvinden. Als gevaarlijke ziekte noemde hij «normale» mensen, die de waarheid niet willen zien en dan van het ene probleem in het andere vallen. Als politiek voorbeeld noemde hij de Assoean-dam met zijn vele bij-effekten.
  Lejeune is een voordrachtskunstenaar, die in rustig prachtig Frans fantastische denkbeelden ontvouwt.

Dr A. van der Does de Willebois: «Narcisse et le divorce entre la science et la foi.» Een knap verhaal dat de oude vraag van het centrum van de Kosmos weer naar boven brengt. Volgens hem begint het narcisme, de arrogantie, bij Galilei, maar het gevolg is dat ieder mens zich in het centrum van zijn eigen kosmos beschouwt. Voorheen gerespecteerde normen worden overschreden met als gevolg:

— decompositie van de maatschappij
— autonoom worden van wetenschap en geloof, waarbij de wetenschap degradeerde, en egoïsme en genot overheersen.
— psychosociale dissociatie: er is geen plaats meer voor de ziel; hyperindividualisme, «solitude totale de l'individu.»
  van der Does spreekt van: «L'influence du diable, qui désunit.»

De oplossing komt vanuit een verzoening tussen geloof en rede, tussen ziel en lichaam: een vita integra. In moderne talen: guérir est rétablir l'unité.
Health betekent heel maken.
Heilen = heiligen

De lezing van **P. Schepens** (Oostende):
«La science médicale, qui sert-elle?» accentueert reeds wat in de lezing van Schooyans terugkomt:
— De maatschappij is te verdelen:
  les utiles — les inutiles
  les désirés — les non-désirés.
— Met Ernst komt hij tot een materialistische tegenover een niet materialistische geneeskunde, en tegenover een materialistische mensvisie een niet-materialistische: «science et conscience».

Hiermee komen we dan bij de wisselwerking tussen ethiek en maatschappij in de lezing van:
Prof. **Michel Schooyans** (Louvain-la-Neuve)
«Ethique et Biopolitique.»
Hij constateert:
— Politieke macht en medische wetenschap beïnvloeden elkaar.
— De voortplanting is ten zeerste beïnvloed door de maatschappij.
— «Le tissu familial est détruit.»
Spreekt vervolgens over abortus.
— Ontkenning van het belang van het kind.
— Profijt voor de volwassene.
Hij vergelijkt dit met oorlog: de verdediging van het recht van de sterkste.
— Abortus is anti-democratisch en tegen de rechten van de mens.
— Het belang van de minderheid telt niet mee. Vergeleek dit met racisme.
Over de wetenschap.
— «La liberté du chercheur ne connaît pas de limite.»
— Criteria van moraal in de wetenschap zijn zoek.
— Le savant est un sacré irresponsable.
Hij stelt voor:
— Herleving van «le sens du traiteur».
— Herleving van «le sens de toutes les idées amoureuses et fraternelles»
— Het scheppen van een betere sfeer.
— Het tegengaan van «le sentiment d'isolation».
Schooyans komt hiermee weer bij de visie van **Ernst** in: «an ideal model for the future».
— nieuwe standaardisering van het idee van goed en kwaad
— het centraal stellen van de nieuwe Godservaring: Zijn autoriteit, die Zijn plan geeft.
— op grond hiervan voor onszelf en onze volkeren een nieuw programma te verwerven.

De lezing van **Villey** (Caen) zette deze punten nog eens op een rij.

De voordracht van **Willke** (U.S.A.) stond niet los van de presidentsverkiezingen in de U.S.A.

II. Over geboorteregeling als zodanig werden geen voordrachten gehouden. Wel kwam in voordrachten en ook in de wandelgangen een en ander los.
Namens **Dr Billings** (Australië) sprak Dr Hume (Australië) over **natuurlijke geboortereling**.
Over de methode Billings zelf moge ik verwijzen naar:
— R. en M. Sentis, **Beheersing van de vruchtbaarheid**. Uitgave Pro Vita, Troonstraat 89, 1050 Brussel.

Enige opmerkingen:

— Indien de Billingsmethode stipt wordt toegepast, is zij voor ruim 99 % betrouwbaar, en is derhalve betrouwbaarder dan bv. coitus condomatus. Voor echtparen die een redelijk betrouwbare methode zoeken is zij derhalve bruikbaar.
Bij stipt gebruik van de pil of een spiraaltje is de betrouwbaarheid groter en ligt het zwangerschapcijfer resp. ± 1:5000 en 1:3000.
Wanneer zeer betrouwbare anticonceptie gewenst is zijn de pil of een spiraal met betrekking tot de betrouwbaarheid beter.
Een Belgische vrouwenarts noemde mij de recentelijk ontwikkelde «symptothermale methode»: Hierover zou een boek in Nederland uitkomen van de hand van J. Roetzers: «**Partnerschap**». Dit is ook een natuurlijke methode.
— Billings-methode is in ons land tamelijk onbekend en wordt sporadisch toegepast. Wil deze methode een kans hebben dan zal zij met grote zorgvuldigheid moeten worden toegepast. Dr Hume pleitte voor het oprichten van trainingsposten voor jonge artsen.
Een en ander vergt een goede organisatie. Men zou kunnen denken aan samenwerking met bestaande instituties. Ook samenwerking met bv. de V.B.O.K. is denkbaar.
— Uit medisch oogpunt zijn er zeker goede argumenten om de natuurlijke methode een kans te geven — mede gezien de nevenwerkingen van andere methoden. Het lijkt de moeite waard dit nader te bestuderen.

III Enige aspekten van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap

Abortus is een zeer omvangrijk probleem geworden. In de U.S.A. eindigt één op de drie kinderen het leven door abortus provocatus. In Engeland worden de laatste jaren ongeveer 160.000 abortus per jaar uitgevoerd. Hiervan zijn 5 % noodsituaties door verkrachting, erfelijke afwijkingen e.d. en 95 % door sociopsychogene en/of economische problematiek.
De noodsituaties rechtvaardigen geen algemene legitimatie van abortus provocatus. De abortusproblematiek kan het best gecentreerd worden op de grote meerderheid van socio-psychogene en/of economische oorzaken. De hulpverlening zou deze oorzaken centraal moeten stellen.
Uit gesprekken met Mevr. Edward M. Bryce (director of the Bishops' Committee for Pro Life Activities te Washington), kwam het volgende naar voren:

— M.n. in Nederland zijn hulpinstituten bij artsen, geestelijken en leken onvoldoende bekend.
— De voorlichting dient te worden uitgebreid zowel kwalitatief als kwantitatief.
Aspekten als pijn bij de vrucht (bij abortus en bij expirimenten) zijn weinig bekend.
— De behandeling en de begeleiding dient vanuit een liefdevolle houding te geschieden.
Dreigen heeft schadelijke gevolgen. Wel kan er op gewezen worden dat de abortus de problematiek niet steeds vermindert maar wel verplaatst.

— Abortus-behandeling niet focussen op de noodsituaties maar op de grote meerderheid van sociale, psychische en economische problemen.
— Goed organiseren van de hulpverlening m.n. van centraal naar perifeer (bv. de parochies).
— Het belangrijkste is: «education», mentaliteits- en attitude verandering. Dit kan best een zaak op langere termijn worden, evenwel: beginnen.
— Bij geboorteregeling mag de natuurlijke methode ruimere bekendheid krijgen, ondanks de beperkingen die er aankleven.

IV In Vitro Fertilisatie (I.V.F.)

«de reageerbuis-baby» (lezing Prof. Iglesias en panel discussie)

Tot	1983	149 baby's in Europa
	1983	250
	1984	700 (geschat)

In de discussie kwamen enige hoofdpunten naar voren:

— Wanneer heeft het menselijke embryo de menselijke status? Volgens de Conventie van Geneve (1948) begint het menselijk leven bij de conceptie. In 1983 heeft men een poging gedaan dit te wijzigen in: vanaf het moment van voltooiing van de organogenese (3 maanden).
Prof. **Maraud** (Bordeaux) zei: wanneer de moeder de aanwezigheid van het kind merkt, is dat kind een lid van de maatschappij. In de praktijk merkt de moeder dit vaak al voordat de verwachte menstruatie uitblijft, dus al binnen 14 dagen na de conceptie.
Ik heb géén overtuigende argumenten gehoord om af te wijken van het standpunt dat bij de conceptie «eternel life and destiny» een aanvang neemt. Op dat moment is het embryo «a new member of human species».
— De gang van zaken rond de I.V.F. is dat d.m.v. de «laparoscoop» (een buis waarmee via een opening naast de navel in de buik gekeken kan worden) uit de eierstokken een aantal eicellen gehaald worden. Deze worden met het sperma van de man in contact gebracht en bevrucht. De embryo's groeien in de reageerbuis en één van hen wordt in de baarmoeder teruggeplaatst.
Aangezien de kans dat deze terugplaatsing aanslaat ± 10 % is, worden de overige embryonen ingevroren en in reserve gehouden voor als de inplanting mislukt.
Problemen zijn:
  — Het menselijk embryo kan door het invriezen beschadigd worden.
— Wat gebeurt er met de embryo's die overblijven, wat gebeurt er met de embryonen die er ogenschijnlijk niet normaal uitzien? (Het blijkt overigens dat daar soms normale kinderen uit voortkomen).
— De overgebleven embryonen kunnen gebruikt worden voor medische experimenten ten bate van anderen.
Behalve deze punten werden nog andere argumenten tegen de I.V.F. ingebracht.
  — Nieuwe menselike wezens (de overgebleven embryonen) worden opgeofferd voor het welzijn van de ouders.
  — I.V.F. wordt gezien als een procreatie, niet overeenkomstig de natuur. De baby is geen product, maar een persoon.
  — De meest gevraagde redenen voor I.V.F. zijn eileider-obstructies t.g.v. sterilisaties en gonorrhoe. Men pleitte dan ook voor een campagne tegen geslachtsziekten om eileiderscomplicaties te voorkomen.
  — Het recht om bevrucht te worden betekent niet bevruchting op iedere manier. Er zou een dissociatie zijn tussen de sexuele akt in de liefde tussen de ouders

waarin door bevruchting het kind in liefde wordt «ingebed» en de I.V.F., waarbij het sexuele gereduceerd wordt tot iets fysisch.
Een technisch probleem is dat de eicel binnen 12-24 uur bevrucht moet zijn, en dat invriezen technisch wel in de toekomst mogelijk is, maar thans nog niet. Als kunstmatige inseminatie met sperma van de echtgenoot geoorloofd is, zou aan I.V.F. de volgende eisen gesteld moeten worden:
Eicellen worden uitgenomen per laparoscoop en apart bewaard. Eén eicel wordt in vitro bevrucht en teruggeplaatst bij de moeder. Een volgende eicel wordt pas bevrucht wanneer de eerste niet is aangeslagen. Op deze manier kan in ieder geval het doden van overgebleven embryo's en het experimenteren met overgebleven embryo's worden vermeden.
Op te merken valt nog, dat de microchirurgie van de eileiders grote voorderingen maakt, zodat een groot deel van de vrouwen die eventueel voor I.V.F. in aanmerking zouden komen, langs andere weg geholpen kunnen worden.

In de slotconclusie van het Congres is opgenomen: de buitenlichamelijke bevruchting is niet aanvaardbaar wanneer dit inhoudt onvermijdelijk experimenteren en opzettelijke selectie van de jongste menselijke wezens.

Dr J.A.J. Stevens

Is alles o.k. met de proefbuisbaby?

Gesprek met Maurice De Wachter

Begin juni werd in het Academisch Ziekenhuis te Leuven de eerste Vlaamse reageerbuisbaby geboren. Deze buiten baarmoederlijke bevruchting werd toegepast omdat de vrouw niet op natuurlijke wijze zwanger kon worden. Om de een of andere reden waren de eileiders bij haar geblokkeerd geraakt, zodat de eitjes de baarmoeder niet kunnen bereiken. De reageerbuismethode om toch een zwangerschap tot stand te brengen bestaat nu hierin: halverwege de menstruatiecyclus worden bij de vrouw één of meer uitgerijpte eicelletjes weggezogen om ze op een laboratoriumschaal in contact te brengen met het sperma van de echtgenoot. Daarna wordt het bevruchte eitje weer ingeplant in de hoop dat het zich innestelt in de baarmoeder van de betrokken vrouw. Dit soort 'buitenbuikse' bevruchting ('fertilisatie in vitro' heet dat in medische taal) neemt sinds de geboorte van de eerste proefbuisbaby Louise Brown in Engeland op 25 juli 1978 sterk toe. Naar schatting 150 kinderen zijn tot nu toe ter wereld gekomen nadat ze via een kleine omweg in het lab waren bevrucht. Een veel groter aantal is nog 'onderweg', onder meer in ons land. Het AZ-Leuven plant elke dag één bevruchte eicel in. Er is een lange wachtlijst van kandidaat-moeders. Dat is niet verwonderlijk als je bedenkt dat één op zeven huwelijken wordt geplaagd door onvruchtbaarheid. Vaak is de oorzaak louter mechanisch, bijv. een blokkering van de eileiders die door een operatie niet ongedaan kan worden gemaakt.

Tijdens de voorbije 5 jaar zijn er omtrent de experimenten met reageerbuisbaby's felle ethische discussies opgelaaid. Zuiver medisch-technisch ziet de bevruchting van een eicel buiten het moederlichaam er op het eerste gezicht vrij onschuldig uit. De grens van wat technisch mogelijk is wordt steeds verder opgeschoven. Maar schuift ook de toelaatbaarheidsgrens mee verder op? Tal van manipulaties met embryo's buiten het moederlichaam zijn mogelijk of in de nabije toekomst: men kan ze in de diepvries bewaren om ze vele jaren later pas te ontdooien, om wat mee te doen? Over enige tijd slaagt men er misschien in om een menselijk embryo volledig tot ontwikkeling te laten komen in een laboratorium, zonder dat er nog een baarmoeder bij te pas komt. Straks is de techniek zo ver gevorderd dat men één eitje alsmaar verder gaat splitsen, zodat een heel regiment genetisch identieke mensen, zogeheten klonen, ontstaan. Bij kikkers lukt het al. Waar gaat het dan naartoe? Gaat de mens in zijn ondernemingslust zijn boekje niet te buiten? Als men de wetenschap haar gang laat gaan worden we weer eens voor voldongen feiten geplaatst, loopt de ethische reflexie achter de gebeurtenissen aan. Voor het eerst in de geschiedenis komt het menselijk embryo in zijn allerprilste stadium vanuit de veilige geborgenheid van de moederschoot binnen handbereik van de wetenschapslui. 'Deze ontwikkeling houdt in de toekomst de ergste bedreiding in voor de mensheid', zei de befaamde Britse journalist Malcolm Muggeridge enkele maanden geleden in een vraaggesprek met de Nederlandse TV-omroepzuil EO. De hele samenleving, de medische wereld en de kerken moeten zich dringend gaan afvragen in welke mate datgene wat technisch kan inzake voortplanting, ook moreel mag. De RK-Kerk heeft traditioneel elke vorm van artificiële bevruchting als 'tegennatuurlijk' afgewezen. Met de komst van de reageerbuisbaby is haar oordeel wat genuanceerder geworden. Tal van moraaltheologen zien er geen graten in als de buitenbaarmoederlijke bevruchting van de eicel gebeurt met het zaad van de echtgenoot. Inseminatie met het sperma van een vreemde donor blijft verboden. Na de geboorte van de eerste Franse proefbuisbaby in het voorjaar van 1982 zeiden de Franse bisschoppen te delen in de vreugde van de ouders. 'De kerk kan niet tegen een levenscheppende methode zijn. Niettemin blijven er twijfels bestaan over de verregaande gevolgen van de reageerbuismethode en over mo-

gelijke manipulaties in het menselijk leven', aldus Mgr Duchêne van Dijon, voorzitter van de Franse bischoppelijke Commissie voor het Gezin. De Kerk is voorzichtig in haar oordeel omdat ze ervan uigaat dat het menselijk leven vanaf het eerste bevruchtingsmoment aanwezig is. Ethische reflexie hieromtrent komt overal op gang, o.m. aan het bekende Centrum voor Bio-ethiek te Montréal (Canada). Sinds 1978 is de Vlaamse medische ethicus **Maurice De Wachter** aan dit centrum verbonden. Wij vroegen hem door welke ethische beginselen men zich moet laten leiden bij laboratoriumbevruchting.

M.D.W.: Ik zie geen redenen om vanuit de ethiek in verzet te gaan tegen deze nieuwe technologie bij de menselijke voortplanting. Toch maak ik enig voorbehoud omdat deze nieuwe techniek precies ligt op de overgang tussen experiment en de alledaagse klinische toepassing. Dat voorbehoud van mijn kant kan worden opgeheven als binnen de wereld van de wetenschap en de geneeskunde en ook binnen de samenleving een aantal spelregels worden opgesteld en gerespecteerd. In eerste instantie moeten de belangen van de patiënt gewaarborgd zijn, in dit geval een infertiel echtpaar dat een zwangerschap wenst. Men moet voorkomen dat de techniek wordt aangewend voor andere indicaties dan de strikte verstopping van de beide eileiders bij de vrouw. Men zal nog even dienen te wachten vooraleer de methode toe te passen bij onvruchtbaarheid bij de man. Voorzichtigheid is tevens geboden bij koppels met genetische risico's, dat wil zeggen bij een man en een vrouw die het gevaar lopen een gehandicapt kind voort te brengen.

W.W.: Je hoort wel eens de bedenking dat de proefbuisbaby-methode alleen maar de natuur, die een beetje te kort schiet, een handje toesteekt. Een defect mechanisme via een kleine omweg herstellen. Daar dient men toch een goed doel mee, namelijk het geluk bevorderen van een echtpaar, dat anders niet of moeilijk in verwachting kan geraken?

M.D.W.: Dat is gedeeltelijk waar. Sommige gynecologen zeggen dat zij met deze ingreep niets anders doen dan een artificiële eileider ontwikkelen, net zoals men een kunsthart fabriceert. Maar daarmee is de kous niet af! Deze ingreep moet de menselijkheid van de voortplanting verzekeren en mogelijk maken. Als deze menselijkheid gewaarborgd is door een aantal voorzorgen, maatregelen en toezicht hierop dan kan de ethiek mijns inziens geen absoluut veto stellen of blijven stellen. Op dit ogenblik kan men stellen dat het bevruchten van een eicel in een laboratorium moet gebeuren met het eigen genetisch materiaal van het echtpaar, d.w.z. dat de eicel van de vrouw wordt in contact gebracht met het zaad van de echtgenoot en niet van een vreemde mannelijke donor. Het Noord-Amerikaanse Centrum voor Fertiliteit in Norfolk, Virginia, stelt een reeks strikte voorwaarden aan echtparen die kandidaat zijn voor een behandeling. Men vraagt er dat het inderdaad gaat om eigen zaad en eicellen van het koppel, dat het gaat om een stabiele partnerrelatie, dat het gaat om het laatste middel, nadat dus alle andere methoden zijn uitgeprobeerd. Voorts moet de leeftijd van de vrouw liggen tussen 25 en 35 jaar. Tenslotte moet het echtpaar zelf in staat zijn om de kosten van deze behandeling — 4000 dollar of een dikke 200.000 Belgische franks — te betalen.

W.W.: In Leuven komt de patiënt er van af met slechts 10.000 fr. bijkomende kosten. Maar op zich is zo'n buitenbaarmoederlijke bevruchting toch een tijd- en geldrovende ingreep, of het nu het individu of de gemeenschap is die betaalt. In hoever kunnen deze kosten door de gemeenschap worden gedragen voor een operatie waarvan de kans op slagen toch nog altijd relatief klein is?

M.D.W.: De kansen op slagen nemen met de dag toe, maar de kosten blijven inderdaad hoog. Het is dus best denkbaar dat de samenleving in België of elders vindt dat deze te hoog oplopen waardoor andere noodzakelijke medische diensten aan andere patiënten in het gedrang komen. In dit stadium van de therapie mag men evenwel niet te zwaar tillen aan de financiële kanten. Mogelijk wel naarmate zich een groter aantal kandidaten aandient.

W.W.: Er bestaat enige onzekerheid over het lot van de bevruchte eitjes, die niet worden ingeplant na een 'in vitro-fertilisatie'. Wat gebeurt daarmee? Worden die zomaar vernietigd?

M.D.W.: Men probeert verscheidene eitjes tegelijk op te zuigen. Als men erin slaagt meerdere te bevruchten, worden niet altijd zonder meer alle weer ingeplant. Het maximum mij bekend is 6. Wat gebeurt er dan met de overblijvende? Daarover bestaat een enorme discussie. Puur biologisch kan men niet bewijzen dat hier al een menselijk wezen aanwezig is. Er zijn wel, volgens bepaalde biologen, bepaalde aanduidingen in die richting. In die welles-nietesdiscussie speelt de levensbeschouwelijke of religieuze overtuiging een grote rol. Gelovigen zullen het hebben over een individu, terwijl mensen met andere filosofische opvattingen er anders over denken.

W.W.: Om dit ethisch probleem te omzeilen gaat men nu overtollige eitjes invriezen om, als de eerste inplanting mocht mislukken, het opnieuw te proberen tijdens de volgende cyclus. Is er in dit geval geen verhoogd risico op aangeboren lichamelijke of geestelijke afwijkingen?

M.D.W.: Met deze invriezingstechniek is men inderdaad al ver gevorderd, vooral in Australië. Onderzoekers daar vinden dit verantwoord bij vrouwen die er tegen opzien om voordurend te moeten terugkeren voor het opzuigen van eitjes voor nieuwe zwangerschapspogingen. Ik denk dat deze techniek op dit moment nog niet zover is gevorderd om met zekerheid uit te maken dat het allemaal goed afloopt. Sommigen vrezen dat er mogelijke misvormingen zullen optreden. Daartegenover wordt gezegd dat kunstmatige bevruchting bij dieren geen risico's oplevert na invriezing en ontdooiing. Wat het bij de mens wordt is op dit ogenblik niet te overzien. Grote voorzichtigheid is dus geboden en, zoals gezegd, dringen zich bepaalde richtlijnen op.

W.W.: De mogelijkheid bestaat ook dat men in de toekomst bevruchte eitjes, tijdens hun korte verblijf in het laboratorium, gaat onderzoeken, gaat gebruiken voor allerlei experimenten, bijv. om na te gaan of er erfelijke afwijkingen zijn, of van welk geslacht het embryo is en in functie daarvan een zekere selectie toe te passen?

M.D.W.: Dat laatste is zonder meer verwerpelijk. Bij mijn weten zijn er weinig of geen gynecologen die bereid zijn op vraag van de ouders naar een jongen of een meisje om aan selectie te doen. Overigens is dit onderzoek op bevruchte eicellen naar eventuele afwijkingen vrij moeilijk. Elke cel afzonderlijk moet afzonderlijk worden nagekeken op zijn genetische en biologische waarde. Uit embryo 1 kan men moeilijk conclusies treffen voor embryo 2, 3, enz. Ten aanzien van dit probleem zou ik alleen willen stellen dat, vanuit de geneeskunde gezien, research en experimenten aanvaardbaar en noodzakelijk zijn. Welke experimenten en hoever die mogen gaan, daar is ontzaglijk veel ruimte voor discussie.

W.W.: Het is niet ondenkbaar dat men in de toekomst erfelijke eigenschappen van bevruchte eitjes manipuleert om een beter ras te kweken. Of sperma en eitjes van genieën of knappe vrouwen stockeert voor koppels die er naderhand om vragen. Een handel in foetussen, kinderen op bestelling eigenlijk.

M.D.W.: Zodra deze nevendoeleinden bij de 'reageerbuisbabymethode' een grote rol beginnen te spelen of zelfs de hoofdrol krijgen toegewezen, zitten we op het verkeerde spoor en steek ik in elk geval een vermanende vinger op. Of er evenwel een soort van handel in embryo's komt valt mijns inziens zeer te betwijfelen. Hier of daar tracht iemand dat misschien stiekem te doen, maar ik denk dat de samenleving op dit ogenblik in het verzet zou gaan als dit met open ramen en deuren zou gebeuren. In de USA is er al wel een experiment geweest waarbij een vrouw zich liet bevruchten door het ingevroren zaad (uit een spermabank dus) van een superbegaafde mannelijke donor. Een van de gynecologen, die de geboorte van de allereerste reageerbuisbaby mogelijk maakte, had daarover de volgende uitspraak: 'De intelligentste nobelprijswinnaar en de mooiste vrouw van de wereld kunnen samen best het lelijkste en domste kind ter wereld brengen.'

W.W.: In het recente verleden zijn er in de Sovjet-Unie ook al proeven gedaan om verscheidene honderden embryo's tegelijk zo lang mogelijk door te kweken in het laboratorium, dus pogingen om zwangerschap in een baarmoeder overbodig te maken. Wat denkt u daarvan? Is Orwell's spookbeeld van '1984' al niet heel dichtbij?

M.D.W.: Deze vorm van embryo-ontwikkeling wordt in onze westerse samenleving nu en waarschijnlijk nooit aanvaard. Ik zou het in elk geval ten zeerste afkeuren als het wel gebeurde. In Engeland is de maximum duur van de ontwikkeling van de foetus buiten de baarmoeder vastgelegd op 14 dagen. Dit soort beperkingen en streng toezicht zijn dringend nodig.

W.W.. Via de bevruchtingstechniek in het laboratorium bestaat ook de mogelijkheid van zogeheten surrogaat- of huurmoeders, vrouwen dus die — eventueel tegen betaling — het bevruchte eitje van een koppel (dat zelf de zwangerschap niet kan of wil doormaken) uitdragen en na de bevalling afstaan. In de Verenigde Staten is er al een bemiddelende organisatie opgericht die daar een aardige stuiver aan verdient!

M.D.W.: Dat gebeurde eerder al via kunstmatige inseminatie. In Amerika zijn er enkele tientallen gevallen bekend. Aan deze vorm van voortplanting zitten enorme ethische en juridische bezwaren vast. Tot nu toe heeft men bij de voortplanting steeds gebruik gemaakt van instrumenten, chemische middelen of ook nog menselijk weefsel. Voor de allereerste keer in de geschiedenis hebben we te maken met het inschakelen van een persoon, een surrogaat-moeder dus, als louter object of als instrument. Een tweede bezwaar van mijn kant is dat er enorme onduidelijkheid bestaat over het juridisch en familiaal statuut van dit soort kinderen. Hoe verhouden deze kinderen zich bijv. tegenover de kinderen van de huurmoeder? Een derde bezwaar is dat de zorg voor dit kind vooraf helemaal niet is gewaarborgd. Wat gebeurt er als het ontvangend echtpaar het kind weigert als het blijkt een lichamelijke of geestelijke afwijking te hebben? Ik kan u verzekeren dat al deze argumenten contra onder artsen, ethici en juristen enorm doorwegen en dat de argumenten pro zeer miniem zijn.

W.W.: Hoe staat men in de medische wereld tegenover het fenomeen van de reageerbuisbaby-methode en al de mogelijke toepassingen ervan? Groeit er niet een behoefte aan een soort van ethische code?

M.D.W.: In Noord-Amerika doet een minderheid van artsen de labobevruchting gewoon op aanvraag. Maar de meesten hebben een sterk ontwikkelde zin voor verantwoordelijkheid zowel tegenover de vraag van het onvruchtbaar koppel als tegenover de gevraagde behandeling. Bij een eventueel conflict zal een groot aantal van hen niet bereid zijn om zonder meer hun diensten aan te bieden. Ik persoonlijk denk niet zozeer aan de noodzaak van een ethische code, als wel van een aantal spelregels waarnaar men zich moet voegen en die een uitwendige bevruchting aanvaardbaar maken of niet. De wetenschappelijke wereld is op dit ogenblik duidelijk bezig met het ontwerpen van soortgelijke richtlijnen. De vraag is of de orde van geneesheren of artsenverenigingen mogelijkerwijs daar niet wat meer gewicht kunnen aan toevoegen. Tenslotte moet de samenleving zelf haar woord meespreken bij het uitstippelen van deze spelregels.

Wim Wylin.

Personalia: MAURICE DE WACHTER (52 jaar) werd geboren te Hingene bij Antwerpen. Hij doceerde achtereenvolgens moraaltheologie aan de Katholieke Universiteit van Leuven (1969-1974) en medische ethiek aan de KU-Nijmegen (Ned.). Sinds 1978 verblijft M. De Wachter in Canada. Hij is er verbonden aan het Centrum voor Bio-ethiek van het 'Institut de Recherches Cliniques' in Montréal. Tegelijk doceert hij medische ethiek aan de McGill University van Montréal en aan de Université Laval te Quebec. Sinds 1980 is M. De Wachter Research-

professor aan de 'Université de Montréal'. Voorts is hij ethisch consulent bij het befaamde kinderziekenhuis in diezelfde stad. Publicaties: 'Cahiers de Bioéthique' (tot nu toe 4), uitgegeven door 'Presse de l'Université Laval', Quebec; tal van bijdragen in wetenschappelijke tijdschriften, verzamelwerken. Dit najaar komt bij Acco in Leuven van M. De Wachter een boek uit onder de vermoedelijke titel: 'Ethiek bij voortplanting en biotechnologie, Bio-ethiek in Noord-Amerika'.

Kommentaar

Het interview van M. De Wachter beslaat zeer breed de verschillende aspekten van de in vitro bevruchting in haar huidige ontwikkeling.
De naar voren gebrachte opvattingen kunnen wij onderschrijven.
Toch blijft er een dubbelzinnigheid bestaan, daar waar M. De Wachter meent ruimte te moeten geven voor discussie over het al dan niet toekennen van een menselijke waarde aan deze vroegste stadia van het menselijk leven.
Terecht zegt M. De Wachter dat in de ontwikkeling van deze technieken elke ingreep de menselijkheid van de voortplanting moet waarborgen en mogelijk maken.
Met zijn opvatting dat men puur biologisch niet kan bewijzen dat hier al een menselijk wezen aanwezig is, doch dat deze erkenning een daad van geloof is, geeft hij o.i. teveel dankbare ruimte voor mens-onwaardige experimenten, waar men gaat toegeven aan een subjectieve vastlegging (liefst een uitstel) van de zogenaamde humanisatie van het embryo.
Een biologisch voorbeeld? Wie jaarlijks een zaaiprojekt uitwerkt voor een bloemenborder weet goed de uitgekozen en afgezonderde (bevruchte) zaadjes van Zinnia's, Petunia's, Lobelia's e.d., goed gemerkt uit te laten kiemen, onder kas, om ze bij gunstiger klimaat op de voorbestemde plaats aan de grond toe te vertrouwen. Bij een in vitro bevruchting wordt een unieke mens uitgekiemd die aan het begin van zijn lange levensweg, onttrokken aan zijn natuurlijk beschermend milieu, de beste zorgen en eerbied opeist, een menselijk individu waardig.

Dr. VERSTRAETE

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Prof. Dr. Lederer
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. : 735.36.02
P. C. : 000-0321178-11

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. P. Deschepper — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

---

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Bethaniëlei 1 - 2128 Sint-Job-in 't Goor.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, E. Plaskylaan 50 - 1040 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Patijntjesstraat 54 - 9000 Gent.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 2800 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, H. Heymansplein 12 - 2700 St-Niklaas-Waas.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Sint Lambrechts Woluwelaan 78 - 1200 Brussel
Telefoon : 736.18.31 — P.C.R. 000-0038082-58